

Trabajo del Dpto. de Emergencia del Hospital de Clínicas

OCLUSION Y ESTRANGULACION INTESTINAL. RESECCION DE LA ULTIMA ASA ILEAL. ILEO-ILEOSTOMIA TERMINO-TERMINAL (*)

Dr. Federico Latourrette

Enfermo D. N., de 25 años. Nº de Reg. 166.663. Operado de apendicitis aguda un año antes. En el protocolo operatorio se comprueba que se trató de una apendicitis aguda, retrocecal, con ciego poco móvil. Lo que determinó una operación laboriosa, habiendo el ciego sufrido desperitonización en varias áreas. En el postoperatorio hubo supuración de la herida. Había pasado bien durante todo un año sin notar ningún trastorno abdominal.

Reingresa al Dpto. de Emergencia del H. de Clínicas, con un cuadro típico de oclusión intestinal del delgado, de tipo mecánica, y con 48 horas de evolución. Dolor más intenso y defensa muscular en el cuadrante inferior derecho. Estado general bastante conservado. Se hace una radiografía de abdomen, simple, de pie y en decúbito. Aparacen los signos radiológicos claros e inequívocos de una oclusión baja del intestino delgado. Y a nivel de la fosa iliaca derecha una asa distendida con los caracteres descriptos como "asa omega", en nuestro trabajo con el Dr. Cendán sobre las oclusiones cerradas bipolares del intestino delgado.

Se intuba con la sonda de Cantor, por la que se evacúa el estómago de abundante contenido fecaloide. Rehidratación. Se opera dos horas después de su ingreso, con transfusión preoperatoria. Anestesia general. Incisión paramediana derecha infraumbilical, reclinando el recto hacia afuera. La exploración comprueba:

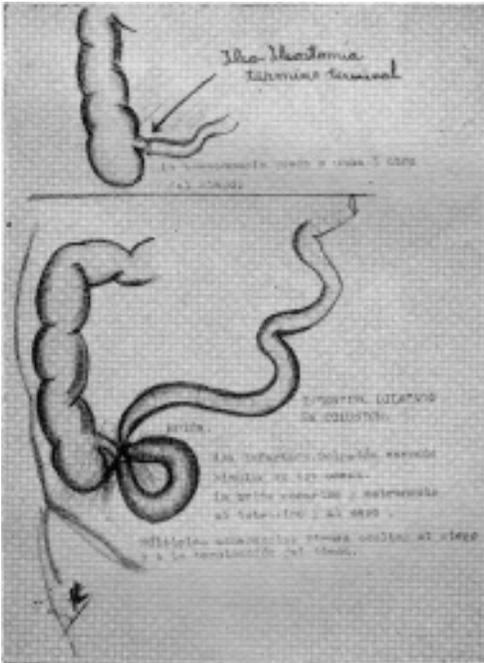
- 1) Líquido serosanguinolento, libre, abundante. Se aspira.
- 2) Asas delgadas yeyuno-ileales dilatadas, en oclusión.
- 3) Última asa ileal estrangulada, por una rígida brida que comprime el intestino y el mesenterio correspondiente, y que produce una oclusión cerrada bipolar, en asa omega. Con el aspecto macroscópico habitual del infarto hemorrágico. Asa evidentemente no viable. La brida estrangulante comprime al ileon distal a escasos 5 o 6 cms. del ciego. Y al proximal a unos 40 cms. del mismo. Es decir que el asa infartada mide unos treinta cms.
- 4) El ciego, el ascendente, y el extremo yuxta cecal del ileon, están parcialmente ocultos debajo de adherencias firmes, secuelas del proceso apendicular y operatorio de un año antes.
- 5) El gran epiplón adhiere a su vez a la fosa iliaca, al peritoneo parietal anterior y tabica y oculta el compartimiento sub-hepático.

(*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 3 de julio de 1963.

- 6) Todo ese sector ceco-ileal está muy fijo a la pared posterior. (Ver esquema de la lesión).

Táctica quirúrgica.

- a) Sección de la brida. A nivel del surco de estrangulación, una profunda depresión habla de la sección de todas las capas musculares del intestino. Se envuelve el asa infartada en compresa húmeda tibia.
- b) Decolamiento del ciego y colon ascendente y última asa ileal, hasta conseguir una movilización suficiente para realizar las maniobras quirúrgicas en superficie.
- c) Resección del asa infartada, con la cuña mesentérica correspondiente.



Fig

- d) Aspiración del cabo oral, desagotando totalmente su retención.

En este momento de la intervención, surge el problema de la manera de como reconstruir el tránsito. El ileon distal ha quedado reducido a un muñón de no más de 4 cms. Y parcialmente recubierto de adherencias sobre su borde libre y cara anterior. Obliga a disecarlo y liberarlo de las mismas para estudiar sus posibilidades anastomóticas, con el cabo proximal.

La otra solución posible, es cerrar el muñón, invaginarlo y hacer una neileo-cecostomía. Pero el ciego, retraído, despulido y también cubierto por las membranas fibrosas adherenciales no ofrecía una zona aceptable para la implantación.

Otra solución posible, la ileo-transversostomía, o la ileo-colostomía en el ascendente, se veía en este caso dificultada por la citada adherencia del gran epilón, que los ocultaba. Para poderla realizar, era menester liberar todas las

adherencias epiploparietales. Y prolongar la incisión de abordaje hacia arriba. El intestino ocupado por materias pastosas.

La ileo-ileostomía, término-terminal se ofrecía espontáneamente, era técnicamente fácil. Pesaba naturalmente en nuestro ánimo, el riesgo importante de conocer la zona como de irrigación precaria. Máxime, que la anastomosis posible era únicamente la término-terminal, que es la que exige mejor vascularización. Habían pasado muchos minutos entre la resección y el momento actual, y el aspecto macroscópico del muñón ileal era normal. Aflojamos el clampo y la superficie de sección del muñón, mostró un sangrado generoso,



Fig. 2. Radiografía de pie. Se aprecian las imágenes evidentes de oclusión intestinal del delgado. Obsérvese el asa en forma de "omega" frente al promontorio.

fácil, abundante y de sangre rutilante. Que nos alentó a utilizarlo para la anastomosis.

e) Ileo-ileostomía, término-terminal, en dos planos con catgut crómico. Y un plano de dirección posterior, con puntos separados de lino. La sutura queda a unos tres cms. del ciego. (Ver fig. 1).

f) Tubo de goma fino frente a la sutura intestinal.

g) Lavado del foco operatorio y cierre parietal.

Le evolución post-operatoria: sin complicaciones. Expulsión de los gases al cuarto día, en que se le saca la intubación con la Cantor. A partir de entonces recupera el tránsito normal para materias. Se le saca el tubo de goma de control al sexto día. Alta al duodécimo día de operado.

El estudio anatomopatológico del asa reseca confirmó el infarto hemorrágico de la misma. Fue realizado por el Dr. J. F. Casinelli.

El motivo de la presentación de este caso, obedece a :

1) La relativa poca frecuencia del sitio de resección intestinal, tan vecino al ciego. En una zona en que anatómicamente, se insiste, de irrigación precaria. Y con circunstancias muy especiales, en que la solución de la reconstrucción del tránsito, planteó una serie de problemas a resolver en pleno acto operatorio. Circunstancias no excepcionales, y que el azar puede repetir en la práctica de cualquiera de los cirujanos.

2) Comunicar que un muñón íleal yuxta cecal, puede ser utilizado para la anastomosis con el cabo proximal, siempre que por su aspecto general y por la forma suficiente del sangrado de la super-

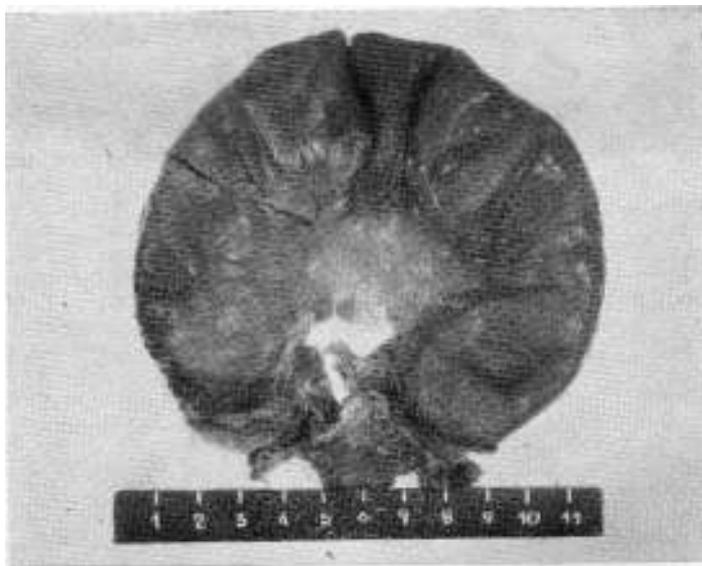


Fig. 3. — Fotografía del asa resecada.

ficie de sección, así lo autoricen. Y en favor de esta tesitura debo decir, que el tomo 73, número 5, de Mayo de 1957, del Journal de Chirurgie, hay una comunicación del Cl. Couinaud y Cl. Peres, donde relatan una casuística de cinco casos similares al presentado ante Uds. y en los cuales la íleo-ileostomía fue empleada en tres, con buen resultado. En los otros dos, se recurrió a la íleo-colostomía, porque en uno el muñón ileal distal era de menos de un centímetro, y en el otro, porque el aspecto del muñón y su sangrado no ofrecían la seguridad requerida para su utilización.

Los autores defienden la íleo-ileostomía, siempre que sea posible porque conservan el esfínter íleo-cecal, y con él la fisiología del íleon terminal.

3) Y para pedir la opinión de los colegas cirujanos, así como el relato de la experiencia personal sobre casos semejantes, y la forma de solución que adoptaron.

Se proyectan una foto de la pieza, y un esquema lesional y de la anastomosis.

Dr. Perdomo: Este aspecto para nosotros tiene un doble interés. En primer lugar porque es un punto que en la cirugía de urgencia nos ha hecho meditar, y se relaciona con la frecuencia con que en la región ileo-ceco-apendicular, a consecuencias de las apendicectomías se producen procesos oclusivos. No, en su mayoría, con fenómenos de gangrenas de asas que obligan a la resección, pero si con mucha más frecuencia, oclusiones simples por bridas. Esa situación es particularmente importante, por el hecho de que cuando se presenta la oclusión con necrosis del asa, se produce una situación difícil como la que se le ha planteado al Dr. Latourrette y que se nos ha planteado a nosotros en un caso. Consecuentemente, nosotros nos hemos planteado el problema dentro de la apendicectomía en si, y después que trabajamos en el problema de la técnica de Noble, en los casos en que se nos ha presentado el problema de dejar una superficie del delgado y del ciego desperitonizada hemos recurrido al recurso de plegar esa última asa ileal en posición descendente, sobre el ceco ascendente. Es decir, hemos plegado esa última asa ileal para dejarla en posición favorable y evitar que esa asa, por su movilidad y por las adherencias que seguramente se van a crear en la región, por rotación sobre un punto fijo o por medio de una brida hiciera una oclusión en asa cerrada como la que nos trae el Dr. Latourrette. Esa situación, nosotros la hemos enfrentado con fortuna, en el sentido de que hemos intervenido enfermos por oclusión intestinal con brida post apendicetomía sin necrosis del asa. Pero tenemos un caso, si no exactamente similar, pero es de cierta similitud, a propósito de una oclusión por invaginación ileo-ceco-ascendente, en donde pudo hacerse la desinvaginación del asa delgada, pero nos encontramos que a unos 10 cmt. aproximadamente de la zona de confluencia ileocecal, existía un desgarró por necrosis que nos obligó a resecar ese sector. Y a consecuencia de la resección nos quedó un cabo ileal muy corto en la parte distal, cabo que sangraba con facilidad, pero que tenía algo de edema. A nosotros —y seguramente se le habrá presentado la misma situación al Dr. Latourrette, nos resultaba un poco excesivo en este enfermo hacer una ileocolostomía y dejar un sector diverticular por detrás. Entonces, decidimos lanzarnos a hacer la anastomosis ileo-ileal. Lo hicimos y el enfermo marchó muy bien 5 días. A los 5 días, fuimos llamados por la noche porque el enfermo tenía un dolor en la fosa ilíaca derecha. Concurrimos de inmediato, abrimos la incisión, el asa estaba abierta como si no hubiera sido suturada. Abierta totalmente. Nos limitamos a exteriorizar esa asa ileal en su cabo proximal; hicimos una ileostomía a ese nivel. El enfermo evolucionó bien, y en un segundo tiempo hubo necesidad de hacer una resección del colon ascendente y una ileotransversostomía con lo cual terminó la evolución de este enfermo. Pero me parece que es importante sobre todo tener en cuenta aquella solución que ha nosotros nos parece factible, ante la posibilidad de una situación similar, plegando la última asa del ileo al ceco-ascendente, que puede ser una solución bastante buena como elemento preventivo.

Dr. Boris Asiner: Nosotros queremos aportar a la observación del Dr. Latourrette dos observaciones, donde hemos tenido que efectuar resecciones de intestino delgado, en las que la anastomosis a realizar estaba en la "zona", aproximadamente 2 ó 3 cmts. de la terminación ileo-cecal. Un caso fue si-

milar al que él relató. Un enfermo traído del Dpto. de Colonia después de 8 horas de evolución, de un cuadro agudo abdominal, con gran dolor abdominal, en ese momento permanente, y con reacción peritoneal. Era perceptible por palpación, una tumefacción que ocupaba parte de fosa iliaca derecha, y zona baja del hipoestomio. Tenía una incisión de una apendicectomía, hecha hacia 6 meses. Hicimos diagnóstico de oclusión intestinal baja, por brida, con vólvulo y necrosis evolucionada, con reacción peritoneal. La operación verificó que había unos 20 ó más cms. de intestino delgado, necrosado, volvulado por brida post apendicectomía. Hicimos su resección, y una anastomosis látero lateral ileo-cecal, invaginando los 2 cms. escasos que quedaban del ileon después de la resección. Usamos esa táctica, porque habíamos tenidos unos años atrás, un enfermo con infarto "intestino-mesentérico" extenso, que nos obligó a hacer una resección subtotal de intestino, prácticamente dejando sólo 60 ó 70 cms. de intestino delgado, en donde realizamos una anastomosis término-terminal, justamente en la zona yuxta-cecal. El enfermo a los 7 días tuvo un cuadro perforativo por lo cual lo reintervinimos y comprobamos que la anastomosis, en una pequeña zona, de menos de un cms. posterior, se había necrosado y perforado. El enfermo, aún a pesar de todas las circunstancias relatadas, y la brevedad del intestino delgado remanente, vivió unos 10 días más, falleciendo finalmente. La "necro", que fue hecha por el Dr. Kuásina, comprobó que no había falla de esta segunda sutura, y causa de su muerte fue la peritonitis inicial evolucionada. Evidentemente, la falla de sutura inicial, en esa "zona" crítica, nos orientó a realizar la anastomosis tal como la hicimos, látero-lateral. De manera que ya aleccionados, y quizás con el temor de reproducción de la situación, en el 2º caso decidimos hacer una látero-lateral-ileo-cecal. Esta táctica, que no queremos señalar como absoluta orientación a cumplir, creemos que en los casos de dudas sobre irrigación del sector proximal y su vitalidad, es de tener en cuenta. Nada más.

Dr. García Capurro: Yo creo que en ese caso hubiera actuado igual que el Dr. Latourrette. Hace ya muchos años que a todas las conformaciones anatómicas les llevo el apunte hasta por ahí no más, dado que hay tantas anomalías y tantos cambios. Me parece que lo razonable es ver, se puede esperar unos minutos y si la circulación es buena proceder a la anastomosis. Este y otros lugares se describen anatómicamente como lugares de circulación difícil. No me tomo el trabajo de investigar como es la circulación y espero unos minutos. En cuanto al tipo de anastomosis, yo también hago una término-terminal. Nunca he tenido que lamentarme; he tenido suerte? pero nunca he tenido que lamentarme por una falla de sutura. Creo que varias veces, yo no podría recordar el número, pero sé que varias veces he tenido que actuar sobre esa región y siempre lo he resuelto con anastomosis término terminales. Es lo que quería decir.

Dr. Piquinela: No me voy a referir exclusivamente al último punto que señala el Dr. Latourrette; orden a su pregunta de que actitud toma cuando queda después de reseca un segmento distal de ileon corto. (2 a 3 cms). Yo tengo por lo menos muy neto el recuerdo de dos casos en los que debí intervenir por complicaciones similares aunque no exactamente iguales en uno de ellos: fistulo ileal post apendicectomía hecha en otro ambiente; la fistula iba a una cloaca en donde había un cuerpo extraño, comprobándose además una lesión perforativa de delgado. En el primer caso hice lo mismo que el Dr. Latourrette, pensando fundamentalmente en la irrigación del sector distal del ileon; una anastomosis término-terminal, como hago habitualmente en el delgado. Marchó perfectamente bien. El 2º enfermo, era el de la fistula. Cuando yo opero a ese enfermo, ya había preparado mi tesis de agregación sobre el

Esfínter ileo cecal y había tenido oportunidad de leer una serie de trabajos sobre ileon terminal. No hay ningún inconveniente como se propone aquí, en volver a estudiar ese sector, pero no solamente del punto de vista anatómico y dentro del punto de vista anatómico de su circulación, sino también del punto de vista fisiológico, puesto que el ileon terminal, además de tener una anatomía particular, tiene una fisiología particular. En un lugar donde hay una estasis fisiológica, y donde existe normalmente movimientos peristálticos y antiperistálticos, que han llevado a hablar hasta de un antro preesfínteriano ileal. La expresión, naturalmente, no es mía, sino que es de Bosquet, un autor francés que la ha estudiado en forma muy particular. Yo me pregunto si algunas fallas de suturas como han sido citadas acá, no se deben a la fisiología particular de esa zona que se anastomosa como otros sectores del delgado. Por eso, la 2ª vez, procedí en forma similar a como señalaba el Dr. Asiner, es decir invaginé el sector ileal terminal que no serían más de 2 cms., le hice una anastomosis término-lateral ileo-cecal. No fue una ileotransversostomía, porque creo que esta última deja un segmento diverticular muy grande; es preferible, si uno se ve obligado a actuar en tales circunstancias hacer una anastomosis ileo-cecal o ileoascendente.

Dr. Cosco Montaldo: El caso que presenta el Dr. Latourrette es muy interesante porque plantea dos problemas. El primero es el que se relaciona con la formación de las adherencias postoperatorias, gran problema quirúrgico determinante de numerosas reoperaciones; el ideal de impedir la constitución de tales adherencias ha sido perseguido con especial dedicación y múltiples precauciones y tratamientos se han empleado, pero hasta el momento actual el mundo quirúrgico no cuenta con una efectiva solución. El segundo es el problema práctico que se le presentó al Dr. Latourrette en el acto operatorio, y que resolvió satisfactoriamente. Yo nunca me he encontrado en una circunstancia semejante, pero en la técnica a seguir me hubiera sentido influenciado por los trabajos sobre vascularización de la última asa ileal y por la observación de las piezas de disección durante los años en que desempeñé los cargos de Disector y de Prosector del Instituto de Anatomía. Los trabajos fundamentales corresponden a Latarjet presentados en 1910 en la revista francesa de Anatomía. Sus conclusiones fueron reproducidas en su conocido texto y, además divulgadas por Grégoire. En ellas se insiste de manera terminante sobre la insuficiencia de vascularización de la última asa ileal. Debemos reconocer que todos hemos salido de la Sala de Anatomía considerando a esta zona como peligrosa para la cirugía de anastomosis, así como lo fue también el punto crítico de Sudeck a nivel del recto-sigmoide. Efectivamente, en la última asa ileal no existe nada más que una sola arcada vascular, mientras que en la parte media del intestino delgado se observan de 4 a 5 arcadas. La arteria ileo-ceco-apendículo-cólica por su rama ileal se anastomosa con la terminación de la arteria mesentérica superior para constituir el único arco vascular que pobremente irriga este sector terminal del intestino delgado. En un caso similar al presentado no sé si me hubiera atrevido a realizar la anastomosis término-terminal y, en cambio, practicado una ileocecostomía o ileotransversostomía.

Al Dr. Latourrette lo felicito porque él ha puesto de manifiesto la necesidad de practicar una revisión anatómica y conceptual quirúrgica del último segmento del intestino delgado, en especial de los 3 últimos centímetros que preceden al abocamiento en el ciego. El Dr. Latourrette, después de la resección intestinal, hizo la anastomosis en las condiciones que, de acuerdo al concepto tradicional, exponía a los peores resultados, puesto que realizó una anastomosis término-terminal del delgado, utilizando el muñón ileal. En general las anastomosis de intestino delgado no las hago término-terminal sino látero-

lateral porque ofrece más seguridad quirúrgica en un enfermo no preparado. El caso del Dr. Latourrette tiene el mérito de mostrar que los últimos centímetros del fleon pueden tener una vascularización suficiente como para permitir realizar con éxito una anastómosis término-terminal cuidadosa. Llegamos a la misma conclusión quirúrgica práctica que se ha adoptado en el colon en la zona recto-sigmoidea; lo fundamental es observar en el acto operatorio si el cabo que se va a suturar sangra en toda su extensión de manera suficiente, como lo hizo el Dr. Latourrette. Nada más.

Dr. Latourrette: Yo agradezco mucho todos los valiosos comentarios que surgen a propósito de esta breve presentación. Me interesan mucho las palabras del Prof. Piquinela, porque una de las cosas que a mí se me plantearon después del acto operatorio, pensando en el caso, era que haciendo la anstómosis ileo ileal término-terminal, yo dejaba la zona esfinteriana ileocecal que me parece que tiene su importancia justamente por todas las razones fisiológicas que él dijo, y que evidentemente me parecía que no podía ser, desde el punto de vista fisiológico, igual una ileocecostomía que una ileo-ileostomía, conservando la válvula anatómica regional. Pero después de lo que acaba de decir el Prof. Piquinela, evidentemente es importante tener en cuenta de que dados los exagerados movimientos peristálticos zonales, puede ser un factor en contra de la buena marcha de la sutura y que además la eliminación de ese esfínter no tiene mayor importancia, desde el punto de vista fisiológico.